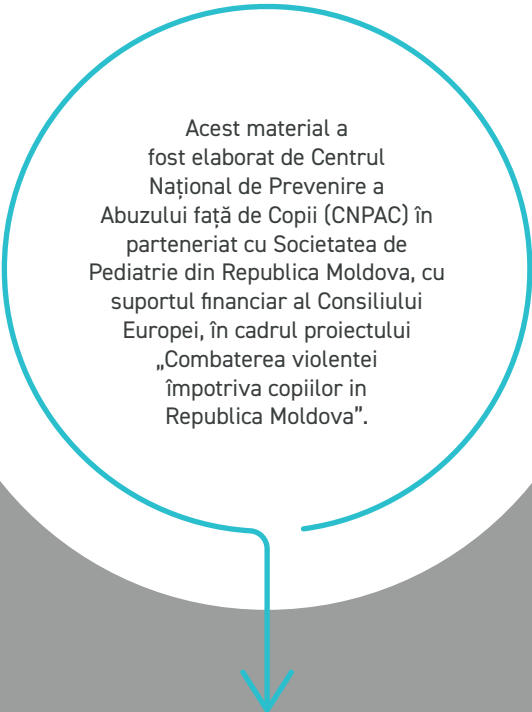


Răspunsul lucrătorului medical la cazurile suspecte de abuz sexual asupra copiilor

GHID PRACTIC

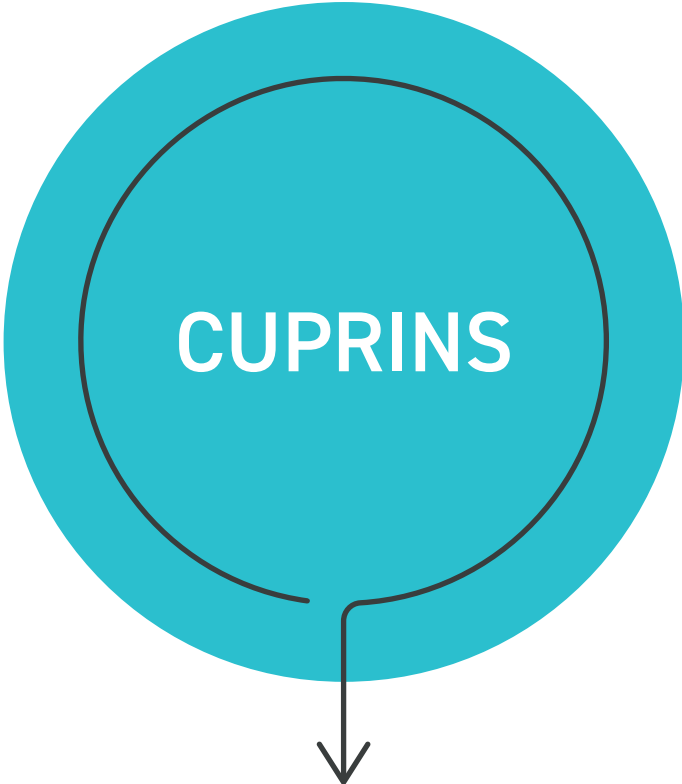




Acest material a
fost elaborat de Centrul
Național de Prevenire a
Abuzului față de Copii (CNPAC) în
parteneriat cu Societatea de
Pediatrie din Republica Moldova, cu
suportul financiar al Consiliului
Europei, în cadrul proiectului
„Combaterea violentei
împotriva copiilor în
Republica Moldova”.

TIRAJ
1000 exemplare

©CNPAC 2021



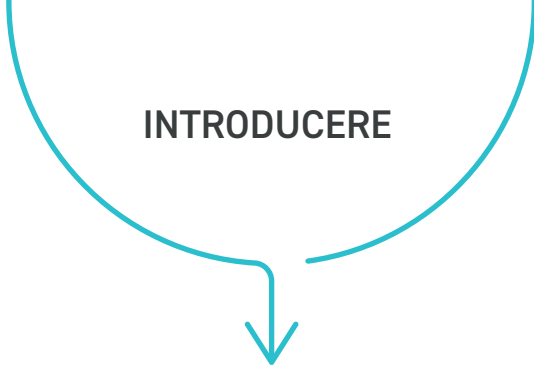
CUPRINS

- 3 - INTRODUCERE
- 4 - CE ESTE ABUZUL SEXUAL AL COPILULUI?
- 7 - ABUZUL ȘI EXPLOATAREA COPILULUI ÎN MEDIUL ONLINE
- 9 - SEMNELE ABUZULUI SEXUAL
- 13 - PRIMUL CONTACT CU COPILUL VICTIMĂ: INTERVIUL DE PROTECȚIE
- 16 - EXAMINAREA MEDICALĂ PRIMARĂ A CAZURILOR SUSPECTE DE ABUZ SEXUAL
- 18 - RAPORTAREA CAZURILOR SUSPECTE DE ABUZ SEXUAL AL COPILOR
- 21 - ANEXE (Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului, Infografice)

Răspunsul
lucrătorului
medical la cazurile
suspecte de abuz
sexual asupra
copiilor



Această broșură a fost elaborată cu scopul sensibilizării și informării lucrătorilor medicali cu privire la fenomenul abuzului și exploatarei sexuale, prevederile legale și procedurile sectoriale în baza cărora lucrătorii medicali trebuie să acționeze în cazurile când suspectează că un copil este afectat de abuzul sexual.



INTRODUCERE

Abuzul sexual asupra copiilor este o problemă majoră a societății de astăzi. Acesta constituie o categorie gravă de infracțiuni săvârșite împotriva copilului. Actualmente, în Republica Moldova, asistăm la creșterea numărului de infracțiuni sexuale împotriva copiilor înregistrate oficial. Acestea pot avea diverse forme și grad de agresiune: de la viol la utilizarea copiilor în scopuri perverse și la acostarea în scopuri sexuale. O mare parte dintre cazurile de abuz sexual asupra copiilor au loc în cadrul familiei sau în cercul de încredere al acestuia, fapt ce face extrem de dificil efortul de identificare a copiilor afectați de abuzul sexual.

În conformitate cu estimările Consiliului Europei, abuzul sexual asupra copiilor afectează unul din cinci copii din Europa. În Republica Moldova, conform Studiului privind Sănătatea și Bunăstarea Tineretului în Moldova „Sănătatea Mea”, 14% de fete și 5% de băieți sunt supuși violenței sexuale până la vârsta de 18 ani. Aceste cifre sunt înspăimântătoare și fiecare dintre noi ar trebui să fie profund îngrijorat.

Aliniindu-se la statele care și-au propus să întreprindă acțiuni relevante pentru prevenirea și protecția copiilor împotriva exploatării sexuale și a abuzului sexual, țara noastră a ratificat, în anul 2011, Convenția Consiliului Europei pentru protecția copiilor împotriva exploatării sexuale și a abuzurilor sexuale. Supranumită Convenția Lanzarote, aceasta reprezintă cel mai ambițios și cuprinzător document juridic internațional care vizează protecția copiilor.

Una din prevederile Convenției presupune întreprinderea tuturor acțiunilor necesare pentru a încuraja conștientizarea protecției și drepturilor copiilor în rândul persoanelor care lucrează în mod regulat cu copiii, printre care se regăsesc și lucrătorii medicali.

CE ESTE ABUZUL SEXUAL AL COPILULUI?



Consiliul European definește abuzul sexual al copiilor ca:

- a) implicarea în activități sexuale a unui copil care, potrivit prevederilor în vigoare ale dreptului național, nu a împlinit vârsta legală pentru viața sexuală și
- b) implicarea în activități sexuale a copilului, folosind constrângerea, forța sau amenințările, abuzând de o poziție recunoscută ca fiind de încredere, de autoritate sau de influență asupra copilului, inclusiv, în cadrul familiei, sau abuzând de o situație de vulnerabilitate deosebită a copilului, cauzată mai ales de dezabilitate psihică/fizică sau de situații de dependență.

Abuzul sexual asupra copilului înseamnă implicarea acestuia într-o activitate sexuală pe care acesta nu o înțelege, asupra căreia nu își poate da acordul informat și pentru care nu este încă pregătit din punct de vedere al vârstei și al dezvoltării sale.

Abuzul sexual poate să ia numeroase forme: supunerea copilului la practici de intruziune orală, genitală sau anală, molestarea de natură sexuală cu contact sexual direct sau fără asemenea contact, seducerea ori coruperea sa, implicarea sa în practici sexuale și la materiale cu conținut sexual explicit, obligarea forțată la gesturi erotice nedorite, forțarea victimei de a asista sau a lua parte la activități sexuale, exploatarea sa în scopuri de prostituție sau de pornografie.

Copiii pot fi abuzați sexual de către adulți sau de către alți copii, care sunt, conform vârstei sau etapei de dezvoltare, într-o poziție de răspundere, încredere sau putere față de victimă.

Abuzul sexual asupra unui copil are loc preponderent prin utilizarea mijloacelor nonviolente (seducția, manipularea, persuasiunea), dar la fel de coercitive, permițând adultului să profite de inocența și credulitatea copilului.

CADRUL LEGAL NAȚIONAL DEFINIȚEȘI ȘI PREVEDE RĂSPUNDEREA PENALĂ PENTRU URMĂTOARELE FORME DE ABUZ SEXUAL ASUPRA COPILOR

RAPORT SEXUAL CU O PERSOANĂ CARE NU A ÎMPLINIT 16 ANI (art. 174 din Codul Penal al RM) - raportul sexual altul decât violul, actele de penetrare vaginală, anală sau bucală și altele, comise asupra unei persoane despre care se știa cu certitudine că nu a împlinit vârsta de 16 ani.

AȚIUNI PERVERSE (art. 175 din Codul Penal al RM) - acțiunile săvârșite față de o persoană despre care se știa cu certitudine că nu a împlinit vârsta de 16 ani, constând în exhibare, atingeri indecente, discuții cu caracter obscen sau cinic purtate cu victima referitor la raporturile sexuale, determinarea victimei să participe ori să asiste la spectacole pornografice, punerea la dispoziția victimei a materialelor cu caracter pornografic, precum și în alte acțiuni cu caracter sexual.

ADEMENIREA MINORULUI ÎN SCOPURI SEXUALE (art.175 1 din Codul Penal al RM) - propunerea, convingerea, manipularea, amenințarea, promisiunea de a oferi avantaje sub orice formă, efectuate inclusiv prin intermediul tehnologiilor informaționale sau comunicațiilor electronice, în vederea stabilirii unei întâlniri cu un minor, cu scopul săvârșirii împotriva acestuia a oricărei infracțiuni privind viața sexuală, dacă aceste acțiuni au fost urmate de fapte materiale care conduc la o astfel de întâlnire.

VIOL (art.171 din Codul Penal al RM) - raportul sexual săvârșit prin constrângere fizică sau psihică a persoanei sau profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra ori de a-și exprima voința.

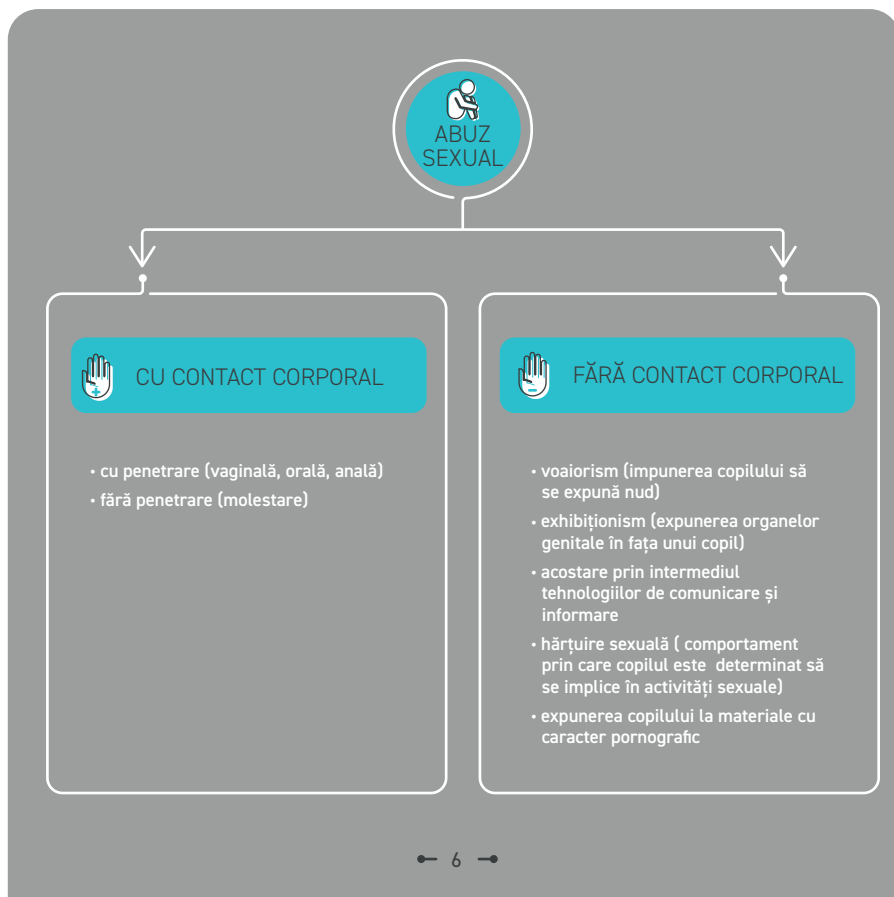
AȚIUNI VIOLENTE CU CARACTER SEXUAL (art.172 din Codul Penal al RM) - satisfacerea poftei sexuale în forme perverse, săvârșite prin constrângere fizică sau psihică a persoanei ori profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra sau de a-și exprima voința.

HĂRȚUIRE SEXUALĂ (art.173 din Codul Penal al RM) - manifestarea unui comportament fizic, verbal sau nonverbal, care lezează demnitatea persoanei ori creează o atmosferă neplăcută, ostilă, degradantă, umilitoare, discriminatorie sau insultătoare cu scopul de a determina o persoană la raporturi sexuale ori la alte acțiuni cu caracter sexual nedorite, săvârșite prin amenințare, constrângere, șantaj.

INCESTUL (art.201 din Codul Penal al RM) - raportul sexual între rude pe linie dreaptă până la gradul trei inclusiv, precum și între rude pe linie colaterală (frați, surori).

PORNOGRAFIA INFANTILĂ (art.208 1 din Codul Penal al RM) - producerea, distribuirea, difuzarea, importarea, exportarea, oferirea, vinderea, procurarea, schimbarea, folosirea sau deținerea de imagini sau alte reprezentări ale unui sau mai mulți copii implicați în activități sexuale explicite, reale sau simulate, ori de imagini sau alte reprezentări ale organelor sexuale ale unui copil, reprezentate de manieră lascivă sau obscenă, inclusiv în formă electronică.

RECURGerea LA PROSTITUȚIA PRACTICATĂ DE UN COPIL (art.208 2 din Codul Penal al RM) - beneficierea, contra oricăror avantaje materiale, de serviciile sexuale prestate de către o persoană despre care se știa cu certitudine că nu a împlinit vârsta de 18 ani.



ABUZUL ȘI EXPLOATĂREA COPILULUI ÎN MEDIUL ONLINE



Situațiile de abuz sexual online de cele mai multe ori presupun comunicarea unui adult cu un copil despre relații sexuale, expunerea copilului la materiale cu caracter pornografic, determinarea copilului să creeze și să expedieze materiale foto și înregistrări video cu caracter sexual, dar și acțiuni de amenințare și șantaj cu scopul obținerii mai multor materiale.

Cercetările de ultimă oră arată că pedofiliile din mediul online poartă conversații cu copiii, în camere de discuții, în doar două minute de la începerea conversației. Infractorii utilizează site-urile de socializare, platformele de jocuri și, practic, orice forum unde copiii se adună și discută în mediul online. Acest tip de abuz sexual începe prin simple discuții, iar copiii pot fi convinși să trimită imagini, să participe la activități sexuale prin intermediul unei camere web sau să aibă conversații pe teme sexuale prin text sau online.

În mediul online, infractorii au două motivații principale atunci când iau în vizor un copil:

- un interes economic, caz în care infractorul dorește să facă bani din extorcare
- un interes sexual în privința copiilor, caz în care infractorul dorește să obțină material sexual (fotografii și/sau videoclipuri cu copilul) sau chiar mai mult: infractorul dorește să inițieze o întâlnire offline.



Abuz sexual online reprezintă orice experiență a unui copil în mediul virtual care a fost determinat să se implice în activități sexuale pe Internet pe care nu le poate înțelege, pentru care nu-și poate exprima consimțământul ori pentru care nu-i pregătit.

COMPORTAMENTE CE REPREZINTĂ UN ABUZ ȘI/SAU EXPLOATARE SEXUALĂ ONLINE ASUPRA COPILULUI

CONSTRÂNGEREA ȘI EXTORCAREA SEXUALĂ: atunci când un infractor șantajează un copil cu ajutorul imaginilor auto-generate ale respectivului copil pentru a obține favoruri sexuale, bani sau alte beneficii de la copil. Infractorul amenință să posteze imaginile pe rețelele sociale sau să le trimită familiei și prietenilor respectivului copil.

Această constrângere și extorcare a copiilor în mediul online este deseori denumită „șantaj prin camera web”, iar datele arată că acest șantaj digital al copiilor a crescut rapid în ultimii ani, însă acesta rămâne în mare parte neraportat din cauza jenei sau a lipsei de conștientizare din partea acestor tinere victime.

„SEXTING” (trimiterea de fotografii nud pe telefonul cuiva): trimiterea și primirea de mesaje sexuale explicite (cuvinte, fotografii, videoclipuri, imagini etc.), de obicei prin intermediul telefonului mobil, a tabletelor, a laptopurilor sau al oricărui dispozitiv care permite distribuirea de media și mesaje.



constrângerea și
extorcarea sexuală

„sexting”

„sex-chatting”

„grooming”

„SEX-CHATTING” (discuțiile prin internet cu tentă sexuală): distribuirea de imagini sau materiale sexuale între un copil și un adult. Discuțiile prin internet cu tentă sexuală pot constitui, de asemenea, primul pas spre ademenirea copilului pentru a fi supus abuzului sexual și/sau spre crearea de pornografie infantilă și/sau constrângere sexuală.

„GROOMING” (ademenirea copilului pentru a fi supus abuzului sexual): comportament manipulator inițiat în spațiul virtual prin stabilirea unei legături emoționale, câștigarea încrederii copilului, cu scopul întâlnirii copilului pentru a comite asupra acestuia infracțiunii de abuz sau exploatare sexuală. Termenul „grooming” (a avea încredere) se referă la pregătirea unui copil pentru abuz sexual.

SEMNELE ABUZULUI SEXUAL

Este foarte complicat de identificat un caz de abuz sexual asupra copilului. De obicei, persoanele care știu despre această situație sunt copilul, căruia îi este frică și rușine să vorbească despre ceea ce i s-a întâmplat și abuzatorul, care aplică constrângerea și șantajul pentru ca copilul să nu dezvăluie abuzul. În aceste condiții, specialiștii trebuie să cunoască foarte bine caracteristicile unui eventual abuz, să învețe să observe indicatorii specifici abuzului sexual și să nu ignore semnele care indică asupra unui pericol iminent pentru viața și sănătatea copilului.

SEMNE PSIHOCOMPORTAMENTALE

0-3
ani

- demonstrarea frecventă a organelor genitale
- masturbare
- coșmaruri nocturne
- dereglări ale somnului
- frica de a rămâne în doi cu o persoană adultă, cu frațele mai mare
- comportament regresiv (se clatină, sugă degetul, adoptă poziția fătului etc.)

4-6
ani

- masturbare excesivă
- jocuri sexuale cu caracter obsedant
- jocuri cu caracter sexual, implicarea în aceste jocuri a copiilor mai mici
- comportament sexualizat agresiv
- comportament pseudo-adult
- dereglări ale somnului
- anxietate
- lipsa plângerilor în caz de investigații

7-12
ani

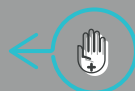
- jocuri sexuale cu caracter obsedant
- agresivitate sporită în raport cu semenii
- frecventarea neregulată a școlii
- neîncredere în alții
- lipsa concentrării atenției
- nereușită școlară
- auto-stigmatizare
- culpabilizare
- depresie
- anxietate

13-18
ani

- semne ale depresiei clinice
- anxietate
- dereglări ale somnului
- tendințe suicidale
- izolare
- fuga de acasă
- promiscuitate
- comportament antisocial
- comportament delinquent
- consum de alcool și/sau droguri
- auto-stigmatizare
- culpabilizare

SEMNE CLINICE DE ALERTĂ CARE INDICĂ ASUPRA UNUI ABUZ SEXUAL CU CONTACT CORPORAL

- **Disurie persistentă sau periodică sau disconfort ano-genital sau simptom anal sau genital** (de ex. sângerare sau eliminări) la fată sau băiat, fără vreo explicație medicală (de ex. viermi, infecție urinară, starea pielii, igienă proastă sau alergii cunoscute).
- **Anus lărgit** la fată sau băiat, observat în timpul examinării, fără vreo explicație medicală (de ex., tulburare neurologică sau constipație gravă).
- **Dovezi ale prezenței unui corp străin în vagin sau anus**, însoțit de eliminări vaginale neplăcute.
- **Hepatita B dacă nu există dovezi clare ale transmiterii verticale, transmiterii non-sexuale de la un membru al familiei, contaminării sângelui**
- **Hepatita B la tânăr de 16-17 dacă nu există nici o dovadă clară de transmitere verticală, non-sexuală de la un membru al familiei, contaminare a sângelui sau că infecția a fost obținută din activitate sexuală consensuală cu un semen.**
- **Negi ano-genitali la tânăr de 13-15 ani dacă nu există nici o dovadă clară de transmitere verticală, non-sexuală de la un membru al familiei.**
- **Negi ano-genitali la tânăr de 16-17 ani dacă nu există nici o dovadă clară de transmitere non-sexuală de la un membru al familiei sau că infecția a fost obținută din activitate sexuală consensuală cu un semen.**
- **Gonoree, chlamydia, siflis, herpes genital, Hepatita C, HIV sau tricomonaza la tânăr de 13-15 ani dacă nu există o dovadă clară de transmitere verticală.**



disurie
disconfort
simptom anal sau
genital
anus lărgit
dovezi ale prezenței
unui corp străin în
vagin sau anus
hepatita b
negi ano-genitali
gonoree
chlamydia
siflis
herpes genital
hepatita c
hiv sau tricomonază
sarcină

- **Gonoree, chlamydia, siflis, herpes genital, Hepatita C, HIV sau tricomonaza** la tânăr de 16-17 ani dacă nu există o dovadă clară de contaminare a sângelui sau că ITS a fost obținută din activitate sexuală consensuală cu semenii.
- **Sarcină** la adolescentă cu vârsta cuprinsă între 13-17 ani.



Ordinul Ministerului Sănătății nr. 445/9.06.2016, privind aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului.

În procesul identificării cazurilor suspecte de violență față de copii, lucrătorul medical se va baza pe observarea directă și indirectă a semnelor specifice (de ordin fizic, leziuni/traumatisme care pot fi examinate, precum și de ordin comportamental care pot fi observate), ce indică asupra producerii unei violențe, neglijări, exploatări și trafic al copilului.

5 EMOȚII PUTERNICE TRĂITE DE COPILUL VICTIMĂ A ABUZULUI SEXUAL

FRICĂ: abuzul sexual asupra copiilor este bazat pe abuzul de putere în scopul manipulării, constrângerii și forțării copiilor de a fi implicați în activități sexuale. Abuzatorii folosesc șantajul, amenințarea, mituirea pentru a menține copilului frica și a-l opri să dezvăluie abuzul. Copilul se simte neajutorat și simte frică puternică de agresor, de a cauza probleme persoanelor apropiate, de a pierde afecțiunea adulților, de a fi exclus din familie, etc.

FURIE: abuzul sexual asupra copilului conduce la vătămări efective sau potențiale ale copilului, cauzate de o persoană care se folosește de încrederea și dependența copilului. În această situație copilul simte furie față de agresor, dar și față de sine, pentru că nu poate stopa abuzul.

VINOVĂȚIE: copilul se simte responsabil și vinovat pentru ceea ce i s-a întâmplat, pentru faptul că a ajuns în situația abuzivă, că nu a evitat abuzul sau nu i-a pus capăt mai devreme. Agresorul se asigură că copilul, dacă vorbește despre abuz, nimeni nu îl va crede sau copilul va fi considerat vinovat pentru abuz.

RUȘINE: abuzul sexual presupune că făptașul insultă sau înjosește victima, o forțează să țină în secret aceste acțiuni. Dacă copilul a suportat acțiuni sexuale însoțite de insulte, umilințe și amenințări, atunci el percepe aceste acțiuni ca ceva de care trebuie să-i fie rușine. Sentimentul de vină și de rușine al copilului asigură păstrarea în secret a abuzului.

TRISTEȚE: în cazurile de abuz sexual sunt dezamăgite așteptările naturale ale unui copil - de a fi protejat, îngrijit - de persoana matură ce îl abuzează, dar și de persoana de referință, care nu este abuzivă, dar care nu-l poate ajuta, apăra. Copilul se simte trist, deoarece a fost trădat de cineva în care a avut încredere.



Orice abuz sexual are un impact psihologic sever asupra victimei, declanșând sentimente de furie, ostilitate, dorință de răzbunare, teamă, rușine, vinovăție, scăderea respectului de sine, autoblamare, anxietate, depresie și reacții fobice.

INTERVIUL DE PROTECȚIE - PRIMUL CONTACT CU COPILUL VICTIMĂ



Comunicarea cu copilul care a suferit un abuz sexual este dificilă atât pentru specialist, cât și pentru copil. În general, copiii nu știu cum să comunice despre abuzul sexual, și în majoritatea cazurilor, deși ei simt că ceva nu este în regulă, nu știu cum să verbalizeze ceea ce simt, le este frică de abuzator sau că nu vor fi crezuți. Copiii mai mici pot vorbi despre situațiile în care au fost abuzați sexual fără a cunoaște gravitatea relatărilor lor.

Indiferent cum are lor dezvoltarea cazului, gestionarea adecvată a discuției cu copilul de către profesioniști este esențială pentru a stopa abuzul.



dezvăluire planificată
accidentală
dezvăluire provocată

Dezvăluirea abuzului sexual poate avea în mai multe moduri:

- **Dezvăluire planificată**, atunci când copilul se adresează unui adult după ajutor. În aceste cazuri copilul alege cu mare prudență persoana sau specialistul în care are încredere că îl va crede și îl va ajuta.
- **Accidental**, atunci când copilul nu este pregătit să dezvăluie secretul, dar faptul abuzului sexual fie că este observat de cineva, fie că sunt constatate traume ano-genitale, boli cu transmitere sexuală sau graviditate.
- **Dezvăluire provocată**, atunci când un adult din anturajul copilului sau un profesionist suspectează abuzul sexual în baza unor semne psihocomportamentale și îl provoacă pe copil pentru o discuție sinceră și deschisă.

INTERVIUL DE PROTECȚIE

Interviul de protecție este prima discuție cu copilul suspectat că a fost victimă sau martor al abuzului sexual și poate fi realizat de orice specialist căruia copilul i-a dezvăluit cazul: educator, asistent social, lucrător medical, psiholog sau reprezentant al poliției.



Copilul este încurajat să povestească doar ceea ce dorește și este pregătit să spună specialistului.

De reținut că principalul scop al interviului de protecție este **stabilirea gradului de securitate al copilului și informării acestuia despre drepturile sale, serviciile de asistență, măsurile de protecție**. Acesta nu reprezintă, și nu înlocuiește, audierea copilului în scopul investigării legale a cazului. Nu este sarcina specialistului care realizează interviul de protecție să colecteze probe, să stabilească detalii și fapte.

Trebuie de ținut cont de faptul că mai târziu, când cazul va fi raportat organelor de drept, copilul va expune ce i s-a întâmplat în cadrul unei audieri, care va fi realizată de profesioniști special pregătiți.

Lucrătorul medical poate realiza un interviu de protecție atunci când un copil l-a ales pentru a dezvălui abuzul sau atunci când în urma examinării medicale acesta observă semne care indică asupra suspiciunii de abuz sexual. Interviul de protecție cu copilul poate avea loc în cadrul vizitei medicului de familie sau a asistentei medicale la domiciliul copilului, în cadrul instituției medicale, atunci când copilul se adresează după servicii medicale primare sau specializate, precum și în cadrul solicitării asistenței medicale de urgență.

Mai multe detalii despre interviul de protecție găsiți în infograficul de la pag. 26.



CE ESTE BINE SĂ AUDĂ
COPILUL DE LA
SPECIALISTUL CĂRUIA I-A
DEZVĂLUI ABUZUL SEXUAL

- Tu nu porți nicio vină pentru ce s-a întâmplat
- Nu ești vinovat pentru că nu ai spus imediat despre momentele prin care ai trecut
- Mai sunt și alți copii care a fost în asemenea situații
- Este foarte bine că te-ai decis să vorbești și să ceri ajutor
- Te voi ajuta să fii protejat



CE NU TREBUIE DE FĂCUT
ÎN CADRUL INTERVIULUI
DE PROTECȚIE

- Nu obligați să vi se dea răspuns, chiar dacă întuiți că copilul ascunde ceva. Dacă suspectați abuzul sexual, raportați imediat cazul autorităților tutelare și organelor de drept.
- Nu judecați niciodată răspunsurile oferite de copil
- Nu vă arătați supărarea și frustrarea de la cele auzite
- Nu grăbiți copilul, ar putea avea nevoie de mai mult timp pentru a fi gata să dezvăluie abuzul
- Nu promiteți copilului că nu veți spune nimănui despre cele povestite de el. Explicați-i copilului că pentru a-l ajuta este nevoie de implicarea mai multor specialiști

EXAMINAREA MEDICALĂ PRIMARĂ



În cazurile de pericol iminent pentru viața și sănătatea copilului, în care se regăsesc și cazurile de abuz și exploatare sexuală a copiilor, lucrătorii medicali trebuie să efectueze imediat, **în termen de cel mult 24 de ore**, examinarea medicală primară a cazului suspect sesizat din partea altor specialiști (asistenți sociali, pedagogi, polițiști, alții) sau identificat de către lucrătorul medical.



CEREȚI O EXPLICAȚIE

privind proveniența
leziunilor depistate
atât din partea
părintelui/
îngrijitorului, cât și din
partea copilului.

Atrageți atenție dacă
explicațiile oferite de
părinte/ îngrijitor sunt
neplauzibile,
inadecvate sau
inconsecvente în
raport cu relatarea
copilului, starea de
sănătate, vârsta sau
etapa de dezvoltare a
copilului.

Examinarea medicală primară a cazului suspect de abuz sexual include:

- înțelegerea expresiei clinice a patologiei
- obținerea istoricului plângerilor/ bolii prezentat de copil și de părintele/ îngrijitorul copilului
- observarea exteriorului și a modului de comportament ale copilului
- observarea interacțiunii dintre părinte/ îngrijitor și copil
- formularea unei ipoteze diagnostice preliminare
- integrarea constatărilor examenului fizic cu testele de laborator și istoricul medical într-un diagnostic

SISTEMATIZAREA DATELOR ÎN URMA EXAMINĂRII MEDICALE PRIMARE



Informația acumulată în procesul examinării medicale primare, la solicitarea autorității tutelare locale, este notată în Trimiterea-extras (Formularul nr. 027/e).

Ordinul Ministerului Sănătății nr. 445/9.06.2016, privind aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului.

Trimiterea-extras (Formularul nr. 027/e) conține:

- confirmarea sau infirmarea din punct de vedere medical a producerii cazului suspect sesizat sau identificat;
- formularea diagnosticului medical cu evidențierea legăturii cauzale potențiale cu forma de violență, neglijare, exploatare respectivă la care a fost supus copilul;
- specificarea rezultatelor investigațiilor clinice și paraclinice efectuate, și a serviciilor de asistență medicală acordate, în corespundere cu simptomele și patologia identificată, conform Protocoalelor Clinice Naționale și standardelor medicale de diagnostic și tratament, aprobate de către MSMPS.

RAPORTAREA CAZURILOR SUSPECTE



Toți lucrătorii medicali, în baza examinării medicale primare și a interviului de protecție, atunci când suspectează un abuz sexual asupra copilului este obligat să completeze **Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului** și să comunice despre cazul suspect conducătorului instituției medico-sanitare, care este responsabil la nivelul instituției respective pentru activitățile de prevenire, identificare, raportare, asistență, referire, evaluare și monitorizare a acestor cazuri. *Fișa de sesizare a cazului* poate fi găsită la pag. 22.

Dacă cazul a fost identificat de către medicul de familie/ asistent medical de familie, sau de către medicul specialist din cadrul secției consultative acesta:

- anunță telefonic autoritatea tutelară locală/teritorială despre cazul identificat și suplimentar, informează serviciul de gardă al inspectoratului teritorial de poliție (902) sau polițistul de sector;
- informează conducătorul instituției medico-sanitare despre cazul identificat și completează *Fișa de sesizare* pe care prezintă acestuia pentru expediere în termen de cel mult 24 de ore în adresa autorității tutelare locale/teritoriale (în cazul când copilul este lăsat la domiciliu pentru îngrijiri);
- în cazul când copilul necesită spitalizare în instituție medico-sanitară, asigură spitalizarea acestuia prin solicitarea Serviciului Asistență Medicală de Urgență (ambulanța) care îl va prelua și comunică la internare medicului de gardă din staționar despre cazul, rezultatele examinării primare efectuate, precum și despre necesitatea informării

autorităților competente prin completarea și expedierea *Fișei de sesizare* (autoritate tutelară locală și poliție), asigurându-se astfel evitarea dublării procedurii de sesizare (în cazul spitalizării copilului, responsabil de completarea și expedierea *Fișei de sesizare* este medicul specialist din staționar);

- rezultatele examinării medicale primare cu acțiunile întreprinse se fixează în Carnetul de dezvoltare al copilului (*Formularul nr. 112/e*), precum și în Trimiterea-extras (*Formularul nr. 027/e*), în cazul spitalizării copilului.

Dacă cazul a fost identificat de către asistența medicală de urgență prespitalicească, echipa de asistență medicală urgentă:

- asigură spitalizarea copilului, în cazul identificării acestei necesități, cu completarea *Fișei de solicitare AMU* (*Formularul nr.110/e*), și informarea medicului de gardă din staționar care preia copilul și care urmează să efectueze evaluarea medicală primară la internare, despre necesitatea asigurării procedurii de sesizare/raportare a cazului suspect de abuz sexual către conducerea instituției spitalicești, autoritatea tutelară locală/teritorială și poliție (902), completând și expediind *Fișa de sesizare* (în cazul spitalizării copilului, responsabil de completarea și expedierea *Fișei de sesizare* este medicul specialist din staționar, asigurându-se astfel evitarea dublării procedurii de sesizare);
- în cazul în care nu a fost identificată necesitatea de spitalizare a copilului, completează *Fișa de solicitare AMU* (*Formularul nr. 110/e*) și *Fișa de sesizare*, pe care o prezintă conducătorului serviciului AMU, care urmează să anunțe imediat autoritatea tutelară locală/teritorială și să-i expedieze în timp de 24 ore *Fișa de sesizare*, să informeze Serviciul de gardă al inspectoratului teritorial de poliție (902) sau polițistul de sector, inclusiv să asigure informarea serviciului de asistență medicală primară de la locul de trai al copilului despre solicitarea deservită (cu indicarea tipului acesteia) pentru a fi preluată și monitorizată obligatoriu în continuare de către medicul de familie/asistentul medical de familie.

Dacă cazul a fost identificat primar de către medicul specialist din staționar în urma rezultatelor examinărilor medicale primare și/sau celor complexe efectuate, acesta:

- completează *Fișa de sesizare* și o prezintă conducătorului instituției medico-sanitare spitalicești pentru expediere în adresa autorității tutelare locale/teritoriale în cel mult 24 de ore și informează imediat telefonic autoritatea tutelară locală/teritorială și poliția;
- realizează pe parcursul celor 72 de ore de la internare *interviul de protecție* cu copilul;
- împreună cu conducătorul instituției medico-sanitare expediază în adresa autorității tutelare locale/teritoriale în cel mult 24 de ore *Fișa de sesizare* a cazului, înregistrând-o în Registrul de evidență a documentelor, cu aplicarea numărului de ieșire și datei de înregistrare a acesteia, precum și a specialistului care a recepționat-o.



Hotărârea Guvernului nr. 270/08.04.2014, cu privire la aprobarea mecanismului intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului

Lucrătorii medicali care cunosc despre producerea abuzului și anunțarea organelor competente (autoritate tutelară locală și a poliției), nu vor divulga/comunica acest lucru părinților/persoanelor în grija cărora se află copilul, suspectți de comiterea acțiunilor de violență, neglijare, exploatare și trafic față de acesta, pînă nu va fi garantată siguranța copilului.



ANEXE

- 1 - Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
- 2 - Identificarea cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
- 3 - Evaluarea inițială a cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
- 4 - Interviu de protecție - prima discuție cu copilul suspectă victimă a violenței, neglijării, exploatării și traficului
- 5 - Raportarea cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
- 6 - Evaluarea complexă și intervenția în cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
- 7 - Asigurarea securității copilului pe durata spitalizării
- 8 - Diagnosticul diferențial în cazurile de violență față de copii

FIȘA DE SESIZARE

A CAZULUI SUSPECT DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE ȘI TRAFIC AL COPILULUI NR. ____

NOTĂ! Rubricile din fișa de sesizare se completează în funcție de informația primară deținută de către expeditor. În cazul în care expeditorul nu deține date pentru completarea tuturor rubricelor din fișa de sesizare, acestea nu se completează.

1. EXPEDITOR	2. DATA ȘI ORA RECEPȚIONĂRII INFORMAȚIEI PRIVIND CAZUL SUSPECT
Nume, Prenume	Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____
Instituția/autoritatea:	3. DATA ȘI ORA EXPEDIERII FIȘEI DE SESIZARE
Funcția expeditorului:	Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____
Date de contact:	4. DESTINATAR
	Autoritatea tutelară locală _____
	_____ (Adresa, datele de contact)

5. INSTITUȚIILE/AUTORITĂȚILE CARE AU FOST INFORMATE SUPLIMENTAR	
☐ Inspectoratul de poliție	ADRESA, DATELE DE CONTACT
☐ Procuratura raionului	
☐ Direcția asistență socială și protecție a familiei	
☐ Serviciul de asistență medicală de urgență	
☐ Inspectoratul de stat al muncii	

6. DATE DESPRE PERSOANA CARE A SESIZAT CAZUL	
Persoana a dorit să-și păstreze anonimatul:	☐ Da (trece la p.6.2) ☐ Nu (trece la p.6.1)
6.1 Nume, Prenume	6.2 Tipul relației cu copilul:
Adresa, telefon de contact:	☐ Rudă;
	☐ Persoană terță (adult);
	☐ Persoană terță (copil);

7. DATE DESPRE SUSPECTA VICTIMĂ (se completează pentru un singur copil)		
Nume, Prenume	Sexul F ☐ M ☐	Vârsta _____ luni, ani
Adresa, telefon de contact:		
Locul aflării copilului la momentul expedierii sesizării:		

8. DATE DESPRE PĂRINȚI/ALTE PERSOANE ÎN GRIJA CĂRORA SE AFLĂ COPILUL		
☐ Mama	☐ Tata	☐ Tutore/curator
☐ Rudă (care nu este tutore/curator)	☐ Persoană terță	☐ Personalul serviciului social de plasament temporar
Nume, Prenume	Adresa, telefon de contact:	
Nume, Prenume	Adresa, telefon de contact:	

9. DATE DESPRE CAZUL SUSPECT

Data, timpul producerii cazului:

Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____

Locul producerii cazului:

9.1 SCURTĂ DESCRIERE A CAZULUI:**9.2 INDICATORII FIZICI ȘI PSIHO-COMPORTAMENTALI CONSTATAȚI VIZUAL/SAU DECLARAȚI REFERITOR LA COPIL**

☐ Fracturi ☐ Arsuri ☐ Tăieturi ☐ Hematoame ☐ Vinătăi ☐ Mușcături ☐ Zgiriuri ☐ Dureri de cap	☐ Leziuni ale organelor genitale/anusului ☐ Sarcină ☐ Boli sexual transmisibile ☐ Comportament sexualizat	☐ Consum de alcool/droguri ☐ TBC ☐ Expunerea premediată la infectarea cu TBC ☐ Abandon școlar ☐ Lipsa/insuficiența alimentației ☐ Copii lăsați fără supraveghere ☐ Vagabondaj ☐ Cerșit ☐ Exploatare prin muncă ☐ Subdezvoltare fizică ☐ Scabie ☐ Pediculoza ☐ Vestimentație necorespunzătoare anotimpului ☐ Vestimentație murdară ☐ Lipsa igienei corporale ☐ Condiții de locuit insalubre	☐ Tendințe suicidale ☐ Depresie ☐ Fuga de acasă ☐ Scăderea reușitei școlare ☐ Frica de adulți ☐ Agresivitate ☐ Nervozitate ☐ Alți indicatori _____ _____ _____ _____ _____
--	--	---	--

9.3 TIPUL CAZULUI SUSPECT

Violență ☐ Fizică ☐ Economică ☐ Sexuală ☐ Psihologică ☐ Spirituală	Neglijare ☐ Alimentară ☐ Educațională ☐ Vestimentară ☐ Emoțională ☐ A igienei ☐ În supraveghere ☐ Medicală	Exploatare ☐ Exploatare prin muncă ☐ Practicarea cerșitului ☐ Practicarea prostituției	Trafic ☐ Exploatare prin muncă ☐ Exploatarea sexuală ☐ Trafic de organe
---	---	---	--

10. DATE DESPRE SUSPECTUL ABUZATOR/ABUZATORI

Nume, Prenume Adresa, telefon de contact:	Relația cu suspecta victimă: ☐ Părinte ☐ Rudă ☐ Persoană terță adultă din comunitate Personal al: ☐ Instituției de învățământ ☐ Serviciului social ☐ Instituției medicale Copil din: ☐ Comunitate ☐ Serviciu social ☐ Instituției de învățământ ☐ Instituției medicală
Nume, Prenume Adresa, telefon de contact:	Relația cu suspecta victimă: ☐ Părinte ☐ Rudă ☐ Persoană terță adultă din comunitate Personal al: ☐ Instituției de învățământ ☐ Serviciului social ☐ Instituției medicale Copil din: ☐ Comunitate ☐ Serviciu social ☐ Instituției de învățământ ☐ Instituției medicală

10.1 ACCES LA COPIL ȘI NIVELUL DE RISC PENTRU VIAȚA ȘI SĂNĂTATEA COPILULUI

- ☐ Are acces și există risc
☐ Nu are acces

- ☐ Are acces și există risc
☐ Nu are acces

Semnătura expeditorului

Numele specialistului care a recepționat fișa de sesizare _____

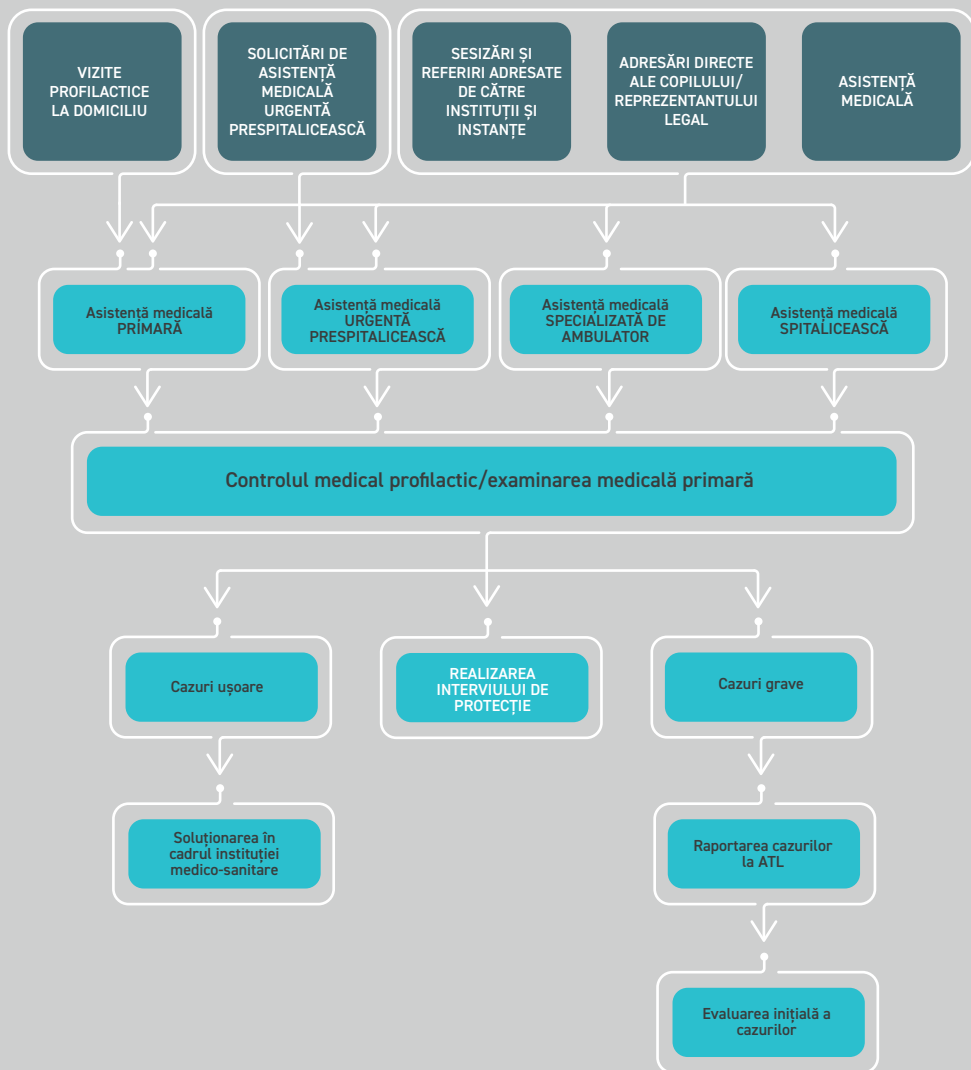
Nr. și data înregistrării în registrul de evidență a copiilor în situație de risc

Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Numărul ____

Semnătura _____



IDENTIFICAREA CAZURILOR SUSPECTE DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE ȘI TRAFIC AL COPILULUI



Implementează Mecanismul Intersectorial de Cooperare (MIC) în instituția ta și protejează copiii de violență!



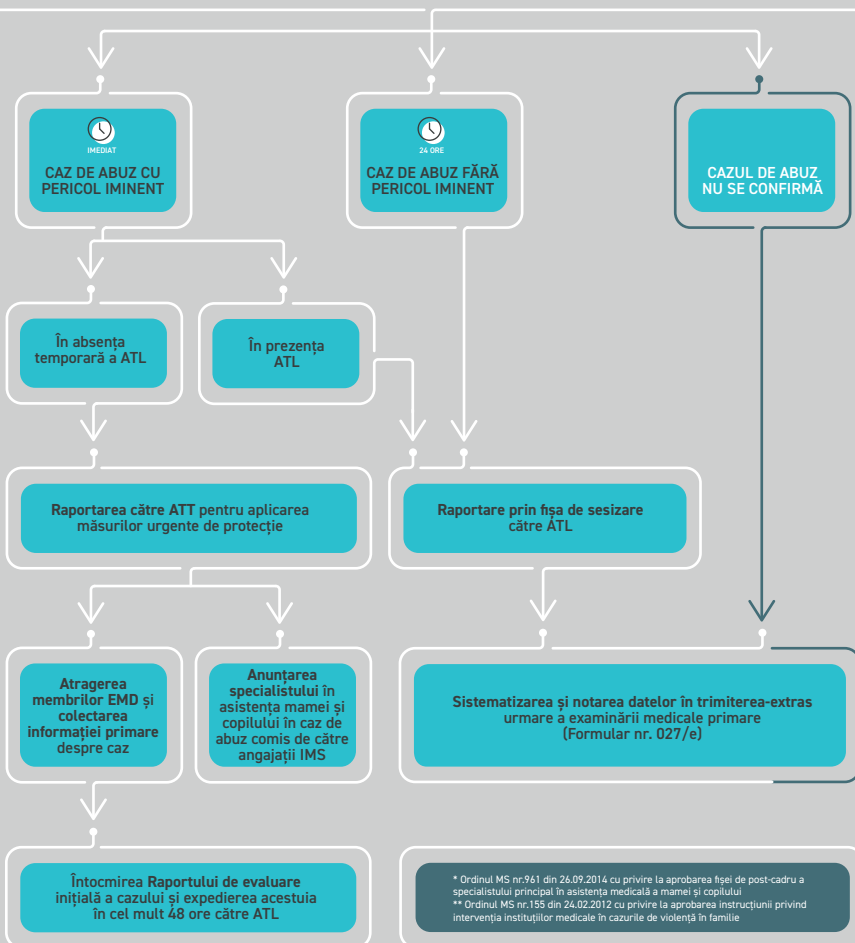
EVALUAREA ÎNȚĂLĂ A CAZURILOR SUSPECTE DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE ȘI TRAFIC AL COPILULUI

EXAMINAREA MEDICALĂ PRIMARĂ A CAZURILOR ÎN CADRUL PROCESULUI DE EVALUARE ÎNȚĂLĂ

- este obligatorie pentru fiecare copil, suspect a fi victimă a VNET

- se efectuează de către lucrătorul medical care a primit sesizarea, a identificat cazul, sau a fost desemnat membru EMD

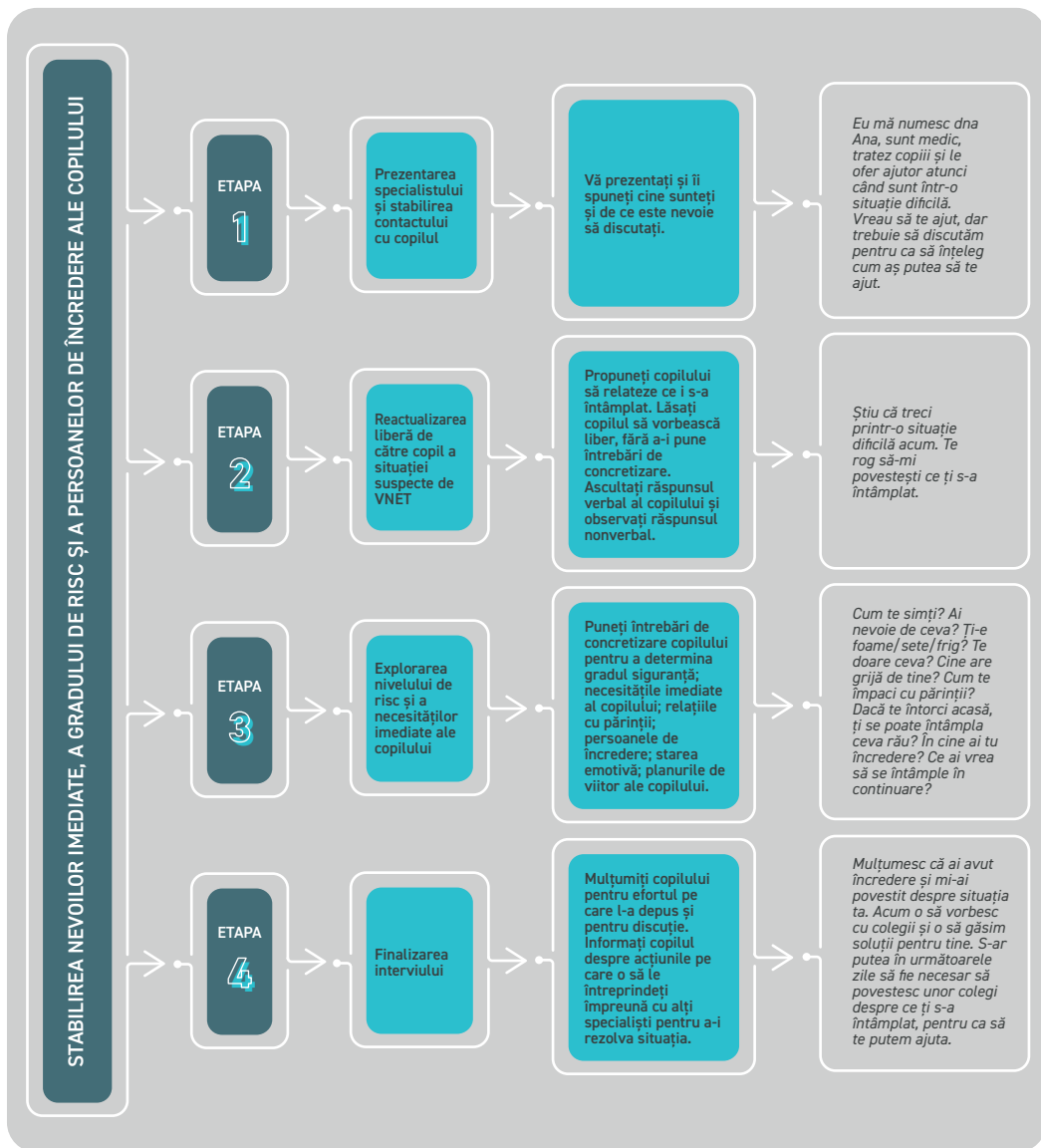
- se utilizează schema tip de completare a documentației și cazul identificării violenței în familie aprobată de MS**



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!



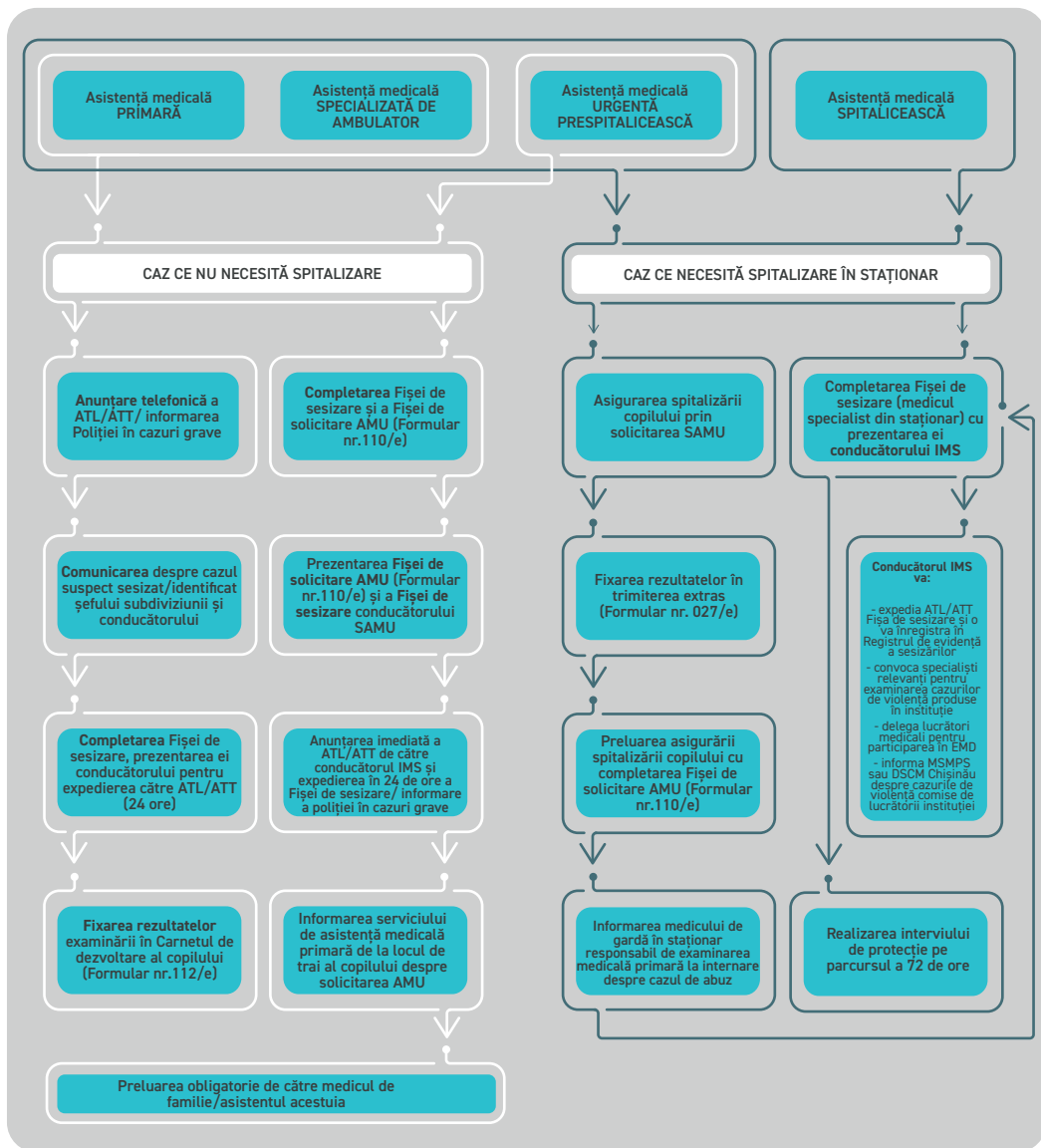
INTERVIUL DE PROTECȚIE PRIMA DISCUȚIE CU COPILUL SUSPECTĂ VICTIMĂ A VIOLENȚEI, NEGLIJĂRII, EXPLOATĂRII ȘI TRAFICULUI



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!



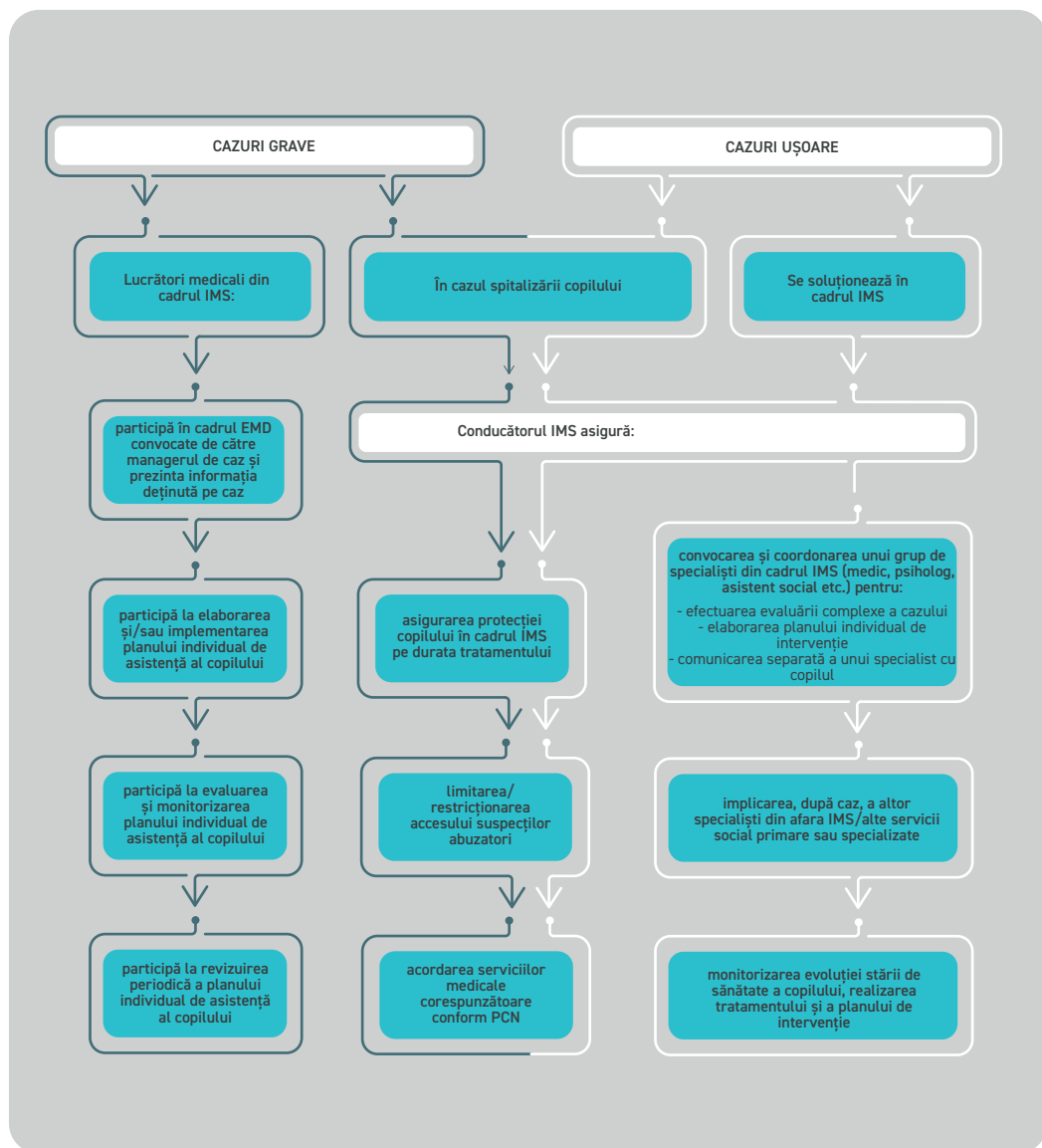
RAPORTAREA CAZURILOR SUSPECTE DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE ȘI TRAFIC AL COPILULUI



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!



EVALUAREA COMPLEXĂ ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE ȘI TRAFIC AL COPILULUI



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!



ASIGURAREA SECURITĂȚII COPILULUI PE DURATA SPITALIZĂRII

**ATUNCI CÂND PĂRINȚII SAU ÎNGRIJITORII REFUZĂ SPITALIZAREA COPILULUI/INSISTĂ
ASUPRĂ ÎNGRIJIRII LA DOMICILIU, LUCRĂTORII MEDICALI:**

anunță imediat
conducătorul IMS
despre caz

nu lasă copilul în
supravegherea
părinților/
îngrijitorilor
presupuși abuzatori

nu divulgă părinților/
îngrijitorilor
presupuși abuzatori
despre faptul
anunțării
autorităților până la
asigurarea mediului
sigur pentru copil

anunță poliția dacă
părinții/ îngrijitorii
presupuși abuzatori
manifestă
comportament
violent

- informează telefonic ATL despre necesitatea intervenției și a asigurării măsurilor de protecție
- decide asupra permisiunii de a vizita copilul de către părinți/ rude

REGULI DE ASIGURARE AȘUPRA SECURITĂȚII COPILULUI

Copilul internat cu haine murdare, paraziți etc. este tratat cu respect
Copilul se igienizează în condiții prietenoase
Se evită internarea în același salon a copiilor cu vârste semnificativ diferite
Se asigură supravegherea continuă a grupurilor sanitare
Se asigură confidențialitatea informației privind copiii victime
Se restricționează accesul mass-media la copiii victime
Nu se oferă mass-mediei date/ informații care ar conduce la recunoașterea copiilor victime

Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!



DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ FAȚĂ DE COPII

În cazurile de violență față de copii, la aplicarea diagnosticului diferențial se va ține cont de următoarele aspecte:

- Multitudinea leziunilor și traumelor, diseminate pe mai multe părți ale corpului(multipolar).

- Leziunile traumatiche sunt de diferite stadii de vechime, care indică asupra violenței repetate față de copil, în timp.

- Atitudinea apatică a copilului asociată cu un comportament particular al acestuia - izolat, tăcut sau comunicare dificilă, foarte liniștit în timpul examinării, nu plânge și nu reacționează.

SEMNE CLINICE REZULTATE ALE VIOLENȚEI FAȚĂ DE COPIL

1. LEZIUNI CUTANATE (VÂNĂȚĂI, ECHIMOZE, PETEȘII)

- neexplicate sau explicate neclar, confuz
- simetrice pe tot corpul
- în formă de mână, ligatură, diverse obiecte
- multiple sau în grupuri, care au aceeași formă și mărime
- pe părți neusoase ale feței sau corpului (ochi, urechi și fese)
- pe gât, care seamănă cu o tentativă de strangulare
- pe glezne și încheieturile mâinilor
- semne de mușcătură umană, care nu pare să fi fost cauzată de un copil mic

SEMNE CLINICE SUGESTIVE ÎN CAZ DE MALADII

1.1 HEMOFILIA

- hematoame la pacientul hemofilic apar ca rezultat al traumelor, injecțiilor intramusculare sau subcutanate
- au diverse localizări, dar mai frecvent în extremități și trunchi, subcutanat, intra muscular, subfascial, retroperitoneal
- se manifestă prin durere vie din cauza compresiei trunchiurilor nervoase
- tegumentul este lucios, tensionat, dureros la palpare

1.2 BOALA WILEBRANDT

- expresia clinică este variată și asociată sângerări diverse până la hemoragii profunde tisulare Exemple: echimoze, hematoame, epistaxis, gingivoragie, sângerare postextractională dentară, hemoragie digestivă, menometroragie

1.3 Purpura trombocitopenică idiopatică (imună)

- caracterul erupțiilor: policrome, polimorfe asimetrice, apar spontan, preponderent noaptea
- sindromul hemoragie de tip peteșial-macular specific
- manifestări comune: epistaxisul, gingivoragiile, hemoragii la nivelul frenului limbii. La fete pot fi menoragii sau metroragii

1.4 Sindromul Ehlers-Danlos

- expresia clinică: hiperextensibilitatea articulațiilor și tegumentelor, articulații extrem de mobile, tegumente fine și foarte catifelte ușor afectate, vânătăi care apar frecvent Exemplu: fragilitatea pielii dermale cu zgârieturi și julituri frecvente

1.5 Pata mongolă (melanocitoza dermală congenitală)

- pigmentare gri-albastră, de obicei în regiunea lombosacrală la sugarii sănătoși

TESTE CLINICE ȘI PARACLINICE PENTRU DIFERENȚIERE

- timp de sângerare -timp de coagulare
- timp de protrombină 1
- timp de tromboplastină
- timp de tromboplastină parțial activată
- analiza generală a sângelui cu numărul trombocitelor

Rezultatele acestor investigații vor sugera alte metode de evaluare:

- consult hematolog -factorul Willebrand
- nivelul factorilor VIII și IX

- hiperextensibilitatea articulațiilor

- nu necesită investigații suplimentare

SEMNE CLINICE REZULTATE ALE VIOLENȚEI FAȚĂ DE COPIL

II. ERITEM ORI BULE LOCALE / COMBUSTII/SEMNE DE OPĂREALĂ

- la copii foarte mici, care nu se deplasează independent
- în zone nespecifice. Exemplu: partea dorsală a mâinilor, tălpi, fese, spate
- cu forma unui obiect. Exemplu: a țigării/ fierului de călcat
- care indică cufundare forțată. Exemplu: opăreală la fese, perineu, membre sub formă de mânăușă, ciorap
- repartizare simetrică cu hotare clar delimitate

III. SEMNE OCULARE

- hemoragie retinală (HR), deseori este cauzată de traumatismul cranian abuziv, rareori, de vătămări accidentale
- hemoragii conjunctivale
- edem orbital, în special cel asociat cu alte traumatisme specifice violenței

SEMNE CLINICE SUGESTIVE ÎN CAZ DE MALADII

2.1 ARSURI / COMBUSTII/ SEMNE DE OPĂREALĂ ACCIDENTALĂ

- manifestarea clinică este variată, în dependență de mecanismul traumei, durata de acțiune a agentului cauzal și natura acestuia
- nu există semne clinice bine definite
- sunt produse accidental
- nu este caracteristică repartizare simetrică
- nu au hotare clar delimitate
- există semne de acordare a primului ajutor medical

2.2. IMPETIGO STAFILOCOCCIC

2.3. CELULITA BACTERIANĂ

2.4. FOTOSENSIBILITATE ȘI REACȚII DE FOTOTOXICITATE

2.5. DEGERĂTURI

2.6. DERMATITĂ DE CONTACT

2.7. PHYTOPHOTODERMATITĂ

3.1 HEMORAGIE RETINALĂ (HR)

- provocată de dereglări hemoragice
- provocată de neoplasm
- provocată de tuse convulsivă
- la nou-născuți în cazurile nașterilor naturale, mai rar după intervenții cezariene
- provocată de resuscitare

3.2 HEMORAGII CONJUNCTIVALE

- conjunctivite virale sau bacteriene
- celulite orbitale și periorbitale

3.3 EDEM ORBITAL

- hematoame peridurale
- metastaze
- anafilaxie
- celulită orbitală și periorbitară

TESTE CLINICE ȘI PARACLINICE PENTRU DIFERENȚIERE

- semnele clinice caracteristice (coloana 1)

- teste bacteriologice din focar

- anamneza pozitivă despre agentul administrat per oral sau topic

- semne clinice caracteristice

- după expunerea prin contact cu creme sau remedii cu psoralen (plante, sucuri din citrice, parfumuri ulei, bergamot) cu expunerea ulterioară la soare
- colectarea anamnezei, leziunile apar spontan

- modificarea valorilor testelor de coagulare
- anamneza sugestivă
- lipsa vaccinării DTP în anamneză
- date anamnestice

Majoritatea HR la nou-născuți se rezolvă între 2-6 săptămâni de la naștere

- teste bacteriologice
- analiza generală a sângelui
- radiografia sinusurilor

- anamneza sugestivă
- analiza generală a sângelui
- radiografie
- tomografie computerizată

Rezultatele RX vor sugera necesitatea de consult a neurologului și a altor investigații necesare.

SEMNE CLINICE REZULTATE ALE VIOLENȚEI FAȚĂ DE COPIL

IV. ABDOMEN ACUT

- vătămare intra-abdominală fără explicația traumei sau cu explicație inadecvată
- pot să nu existe vânătăi externe sau alte leziuni
- este specific traumelor abuzive, în special la copiii de 2-3 ani
- se caracterizează prin adresare tardivă

V. HEMATURIA

- poate fi cauzată de traumatismul organelor interne;
- injurii abdominale cu obiecte „boante” etc.
- deseori este asociată cu alte traumatisme specifice violenței

VI. LEZIUNI OȘOASE

- tipurile de fracturi sugestive pentru abuzul copilului:
 - fracturile coloanei vertebrale/ vertebrelor
 - fracturi posterioare și anterioare de coaste - fracturile craniului
 - fracturile metafizei și/sau epifizei
 - fracturile oaselor bazinului
 - fracturile oaselor scapulare
- fracturile produse ca urmare a violenței sunt provocate adesea prin răsucire, aruncare, aplicarea loviturilor
- resuscitarea cardiopulmonară rareori provoacă fracturi anterioare și posterioare ale coastelor

SEMNE CLINICE SUGESTIVE ÎN CAZ DE MALADII

4.1 ABDOMEN ACUT PROVOCAT DE:

- maladii gastrointestinale interne: peritonită, obturația, colita inflamatorie cronică, diverticul Meckel
- boli ale organelor genitale: chist ovarian, torsiune de cordon spermatic
- accidente vasculare
- alte (adenita mesenterică, hernii strangulare, purpura anafilactoidă, maladii pulmonare, pancreatite, intoxicații, diabet etc.)

4.2. PROBLEMELE ORGANELOR GENITALE

5.0. HEMATURIA

- infecția tractului urinar
- glomerulonefrite acute sau cronice
- patologii renale ereditare

6.1. OSTEOGENEZA IMPERFECTĂ (OI)

- expresia clinică: fracturi dese, sclere albastre, macrocefalie, surditate, dentiție defectuoasă, torace în formă de butoi, scolioză, deformări ale membrilor, retard al creșterii etc.

6.2. RAHITISM

- expresia clinică: deformarea scheletului (genuvarum, genuvalgum, stern proeminent sau înfundat, craniotabes), întârzierea apariției dentiției, micșorarea tonusului muscular

6.3. TRAUME LA NAȘTERE

- fracturile la nou - născut sunt urmările, cel mai frecvent, a unor nașteri distotice sau a unor manevre neadecvate, practicate în timpul travaliului, în nașterile laborioase și deseori pot trece neobservate, fiind subperiostale sau în lemn verde

6.4. SINDROM MENCKES

- o afecțiune ereditară, transmisă recesiv, legată de X, a metabolismului cuprului
- semnele clinice mai frecvent întâlnite: păr friabil, cărlionțat, multiple fracturi, anomalii metafizare, oase vorniene, convulsii, hipertonie/ spasticitate/ rigiditate, regresie neurologică, tulburări comportamentale/ autism etc.

6.5. SIFILIS

6.6. TRAUME PERINATALE 6.7. TRAUME ACIDENTALE

TESTE CLINICE ȘI PARACLINICE PENTRU DIFERENȚIERE

- investigații imagistice (ultrasonografie, radiografie abdominală)
- teste coprologice
- analiza sângelui AST, ALT, lipazei
- analiza maselor fecale la prezența sângelui ocult
- consult chirurg și alte investigații necesare
- endoscopia / istoric sugestiv
- angiografia, microscopia eritrocitelor
- investigații de confirmare a maladiilor presupuse

- date anamnestice
- renghenografia
- consultarea altor specialiști (chirurg, ginecolog etc.)

- date anamnestice
 - analiza generală a urinei
 - urocultura
 - consult nefrolog
 - teste funcționale renale, biopsia renală etc.
- Rezultatele acestor investigații vor sugera necesitate altor analize.

- date anamnestice
- radiografia
- alte teste specifice în secțiile de specialitate
- consult la alți specialiști: ortoped, ORL, stomatolog

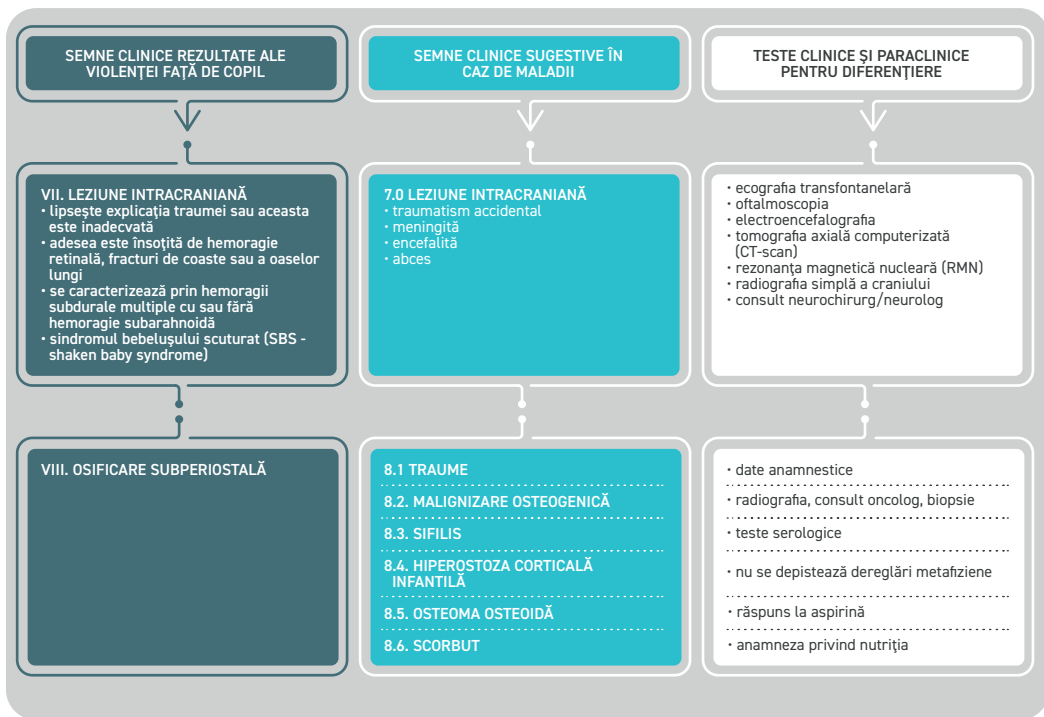
- semne clinice sugestive
- aprecierea calciului și fosforului în sânge

- anamneza perinatală
- radiografia

- scăderea nivelului cuprului, ceruloplasminei în ser
- radiografi ale scheletului, pentru evidențierea anomaliilor în formarea osoasă
- biopsia pielii
- examen microscopic al frului de păr

- teste serologice

- date anamnestice





**Centrul Național de Prevenire a
Abuzului față de Copii(CNPAC)**

Tel: (+373) 78 000 480,
(+373) 22 758 806

Fax: (+373) 22 748 378

E-mail: office@cnpac.md,
ajutauncopil@cnpac.md

